

บันทึกคำรับรองของผู้ดำเนินการ
เพื่อประกอบการต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

(๑) โดยบันทึกคำรับรองนี้ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

บัตรประจำตัวประชาชน / work permit (กรณีชาวต่างชาติ) เลขที่.....เป็น

ผู้รับอนุญาตใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ / ผู้ดำเนินการ ของ

(๒) ใบอนุญาตขายเลขที่.....

(๓) ชื่อสถานที่.....

(๔) ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

(๕) ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองต่อ “นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ” ซึ่งเป็น “ผู้อนุญาต” ตามพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม สำหรับการขอต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ซึ่งจะหมดอายุหรือใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.....และข้าพเจ้าได้ยื่นคำขอต่ออายุไว้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการนั้น ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำขอต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์และเอกสารหลักฐานตามที่แนบมาด้วยเป็นปัจจุบัน และตรงตามที่ปรากฏในใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ทุกประการ

(๖) หากปรากฏหรือพบว่า คำรับรองที่ได้ให้ไว้ตามบันทึกนี้ไม่เป็นความจริง หรือไม่ได้ปฏิบัติตามที่ได้ให้คำรับรองไว้แม้ประการใดก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมให้ “นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ” เสนอคำสั่งพักใช้ หรือเพิกถอน ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์นี้ ต่อคณะกรรมการได้โดยทันที

(๗) ข้าพเจ้าได้อ่านบันทึกนี้โดยตลอดด้วยความเข้าใจถูกต้องชัดเจน และยอมรับว่าเป็นความจริงถูกต้องทั้งหมดทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน และขอมอบให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาไว้เพื่อเป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำรับรอง

(.....)



ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)